

Библиографический список

1. Булыга Р. П. Аудит нематериальных активов коммерческой организации: Правовые, учетные и методологические аспекты : учебное пособие для студентов вузов. – М. : ЮНИТИДАНА, 2008.
2. Булыга Р. П. Методологические проблемы учета, анализа и аудита интеллектуального капитала : дис. ... д-ра экон. наук: 08.00.12 / Булыга Роман Петрович. – М., 2005. – 378 с.
3. Булыга Р. Новая парадигма внешней отчетности организации, основанная на концепции интеллектуального капитала // РИСК: ресурсы, информация, снабжение, конкуренция. – 2012. – № 1.
4. Lev B. New accounting for the New Economy. – New York, Stern School of Business, 2000.
5. Палий В. Ф. Теория бухгалтерского учета: современные проблемы. – М. :Бухгалтерский учет, 2007.
6. Просвирина И. И. Финансовая модель неосязаемых активов предприятия. – Екатеринбург : Изд-во ИЭ УрО РАН, 2005.
7. Howell R. A. Improving Financial Reporting // Financial Executive. – 2008. – April. – URL: <http://www.sec.gov/comments/265-24/26524-26.pdf>.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И ЧАСТНЫХ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УДК 336.61

Фоменко В.В.

Аннотация: существуют различные модели организации и финансирования системы здравоохранения. В Российской Федерации на современном этапе применяются модели Бевериджа и Бисмарка, что проявляется в патерналистской позиции в вопросах финансового обеспечения национальной системы здравоохранения, а также в существовании системы обязательного медицинского страхования, которая приобретает все большее значение в рамках перехода к одноканальному финансированию оказания медицинской помощи населению. Несмотря на то, что здравоохранение представляет собой одну из сфер, которая наиболее жестко регулируется со стороны государства, в силу того что товары и услуги системы здравоохранения напрямую связаны с обеспечением здоровья и жизни населения, формирование рыночных отношений не обошло эту отрасль стороной. Анализ преимуществ и недостатков различных систем финансирования здравоохранения позволяет сделать вывод о возможности реализации интегрированной схемы, включающей в себя различные элементы этих систем. Внедрение интегрированного финансирования медицинских учреждений в практику отечественного здравоохранения позволит привлечь в отрасль средства предприятий и граждан через систему добровольного медицинского

страхования, а для частных медицинских организаций будет являться стимулом к участию в государственной системе охраны здоровья.

Abstract: there are different models of organization and financing of the health system. In the Russian Federation at the present stage of the model used Beveridge and Bismarck, which is manifested in the paternalistic position in matters of financial security of the national health care system, as well as the existence of compulsory health insurance system, which is becoming increasingly important in the transition to a single stream of funding of health care provision. Despite the fact that health care is one of the areas that is most tightly regulated by the state, due to the fact that the goods and services of the health care system is directly related to the health and life of the population, the development of market relations has not been spared the industry side. Analysis of the advantages and disadvantages of the different health financing systems suggests the feasibility of an integrated circuit that includes various elements of these systems. The introduction of integrated financing of medical institutions in the national health care practice will attract the industry's enterprises and citizens through a system of voluntary health insurance and private health care organizations will be an incentive to participate in the public health care system.

Ключевые слова: здравоохранение, финансирование, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, интеграция.

Всемирной организацией здравоохранения выделено три модели организации и финансирования здравоохранения: страховая (система Бисмарка), бюджетная (система Бевериджа – Семашко) и рыночная [1]. Страховая система была создана в Германии в 1883 году по инициативе Бисмарка. Другие европейские государства также последовали примеру Германии и ввели законодательные нормы по формированию и использованию страховых фондов. Система Бисмарка основана на всеобъемлющем страховании здоровья и предполагает финансирование за счет средств, уплачиваемых страхователями в специальные фонды, используемые при наступлении страховых событий, например, при необходимости оказания медицинской помощи. Размер взноса устанавливается в виде определенного процента от размера заработной платы, тем самым обеспечивается солидарное участие граждан в финансировании здравоохранения по принципу «здоровый платит за больного, богатый - за бедного».

Появление и развитие бюджетной модели базируется на существовании социальной функции государства, которая проявляется в обязанностях власти поддерживать равенство в правах для всех общественных классов в целом и для каждого отдельного индивидуума, а также способствовать экономическому и общественному прогрессу всех граждан [2]. Особое значение концепция социального государства приобрела после Второй мировой войны, так как способствовала стабилизации положения, преодолению конфронтации в обществе, формированию благоприятного общественного сознания [3].

В СССР система бюджетного финансирования возникла в 1930-е гг., ее часто называют по имени наркома здравоохранения Н.А. Семашко, который руководил ее внедрением. В странах с рыночной экономикой система бюджетного финансирования здравоохранения была сформирована и впервые применена в Великобритании в 1948 году, у ее истоков стоял английский ученый-экономист У. Беверидж. По организации финансового обеспечения здравоохранения эти системы принципиальных отличий не имеют. Единственное, что можно отметить, это присутствие частнопрактикующих врачей и частных клиник, финансируемых государством в зарубежной системе бюджетного финансирования, что в Российской Федерации не получило распространения.

Система бюджетного финансирования здравоохранения базируется на принципе бесплатности и финансируется посредством выплат из бюджета, сформированных из налоговых поступлений. Особенности данной системы являются: центральное планирование; финансирование, основанное на прямом налогообложении; контроль объема и качества оказываемых медицинских услуг со стороны государства; всеобщий охват населения медицинским обслуживанием. С середины 1970-х гг. рост расходов на обеспечение функционирования системы здравоохранения, а также в целом на социальную защиту населения в развитых странах стал замедляться, что во многом было обусловлено падением темпов экономического роста в индустриальных странах. В 1980 гг. происходят технологические изменения в производстве, обновление основных фондов, удорожание факторов производства, что приводит к удорожанию продуктов и услуг, в том числе медицинских. Снижение рождаемости ведет к увеличению темпов старения населения, росту уровня безработицы. Поэтому для многих стран реализация идеи социального государства становится слишком затратной [4].

Все указанные процессы способствуют возникновению мнения о том, что государство сможет лучше функционировать и снизить финансовую нагрузку, если население начнет в первую очередь полагаться на себя (семью, друзей и т.д.) [5]. То есть предполагается, что социальное обеспечение, в том числе медицинскими услугами, за счет государственных финансовых источников в национальном масштабе должно стать гарантией уровня жизни на основе минимальных стандартов. Социальная система государства, главным образом, рассматривается в качестве способа гарантирования доступности социальных благ населению, не имеющему возможностей самостоятельного обеспечения.

Данный тезис может расцениваться как предпосылка формирования рыночной модели здравоохранения (системы частного финансирования), которая основана на принципах функционирования конкурентного рынка и не предполагает существенного государственного вмешательства. В рыночной модели здравоохранения источниками средств служат личные доходы граждан и средства работодателей. Граждане либо оплачивают услуги непосредственно по факту лечения (платные медицинские услуги), либо прибегают к услугам системы добровольного медицинского страхования, приобретая полис

самостоятельно или пользуясь полисом, который предоставляет работодатель на условиях корпоративного страхования.

Однозначно ответить на вопрос, какой должна быть система финансирования здравоохранения, невозможно, рассмотренные системы успешно сосуществуют друг с другом. До 1990-х гг. в СССР и в странах Центральной и Восточной Европы действовали исключительно государственные бюджетные системы. В настоящее время система бюджетного финансирования применяется в Австралии, Великобритании, Дании, Канаде, Новой Зеландии, Норвегии, Финляндии, Швеции. С использованием принципов обязательного медицинского страхования организовано финансирование здравоохранения в Австрии, Бельгии, Германии, Нидерландах, Франции. В Испании, в странах Латинской Америки используются одновременно системы бюджетного и страхового финансирования, так же как и в странах Центральной и Восточной Европы, где в 1990-е гг. были внедрены принципы обязательного медицинского страхования. Рыночная модель здравоохранения преобладает в Соединенных Штатах Америки, также она достаточно распространена в Швейцарии [6].

Помимо того что каждая из моделей имеет свои преимущества и недостатки, существуют обстоятельства, известные как провалы рынка и провалы государства, обуславливающие необходимость выработки компромиссного подхода, который может объединять в себе принципы нескольких моделей. Провалы (или несостоятельность) рынка являются основными мотивами государственного вмешательства в экономику в целом и в здравоохранение в частности. Для сферы здравоохранения основными мотивами государственного регулирования будут: несовершенство конкуренции, асимметричность информации и экстерналии. Подобно рынку, государство имеет провалы, такие как недостаточная информированность, ограниченный контроль над реакцией частного сектора, ограниченный контроль над бюрократией и ограничения, налагаемые политическим процессом [7].

Провалы рынка обуславливают присутствие государства в сфере охраны здоровья населения, провалы государства обуславливают существование частного сектора медицинских услуг, а нарушение принципа справедливости можно проследить в каждой модели здравоохранения. Бюджетная, страховая и рыночная модели являются теми видами, на которых должна базироваться национальная система здравоохранения. Ориентируясь на одну из них в качестве основы и учитывая специфику государства и рынка, возможно создать наиболее эффективный вариант, соответствующий принципам справедливости и рациональности.

В Российской Федерации на современном этапе развития применяются модели Бевериджа и Бисмарка, что проявляется в патерналистской позиции в вопросах финансового обеспечения национальной системы здравоохранения, а также в существовании системы обязательного медицинского страхования, которая приобретает все большее значение в рамках одноканального финансирования оказания медицинской помощи населению.

Реализацию политики в области охраны здоровья населения государство осуществляет через сеть лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной форм собственности. В советский период, когда была сформирована система Семашко, главной целью в области охраны здоровья было обеспечение равного доступа для всего населения к медицинским услугам, причем медицинская помощь оказывалась бесплатно, а также предполагался всеобщий охват медицинским обслуживанием с предоставлением полного набора медицинских услуг и отсутствием финансовых ограничений доступа.

Несмотря на то, что здравоохранение представляет собой одну из сфер, которая наиболее жестко регулируется со стороны государства, в силу того что товары и услуги системы здравоохранения напрямую связаны с обеспечением здоровья и жизни населения, формирование рыночных отношений не обошло эту отрасль стороной. Учреждения государственной и муниципальной системы здравоохранения работают в условиях ограничения ресурсов и экономической свободы. В частной системе здравоохранения медицинские организации пользуются высокой степенью экономической свободы. Ключевое значение здесь имеет качество – при высоком качестве и меньшей стоимости пациенты могут отдать предпочтение государственным учреждениям, однако этого условия уже недостаточно, поскольку население высоко оценивает не только качество услуги, но и культуру обслуживания. Сталкиваясь с недостатками организации медицинской помощи в государственной системе здравоохранения и имея финансовые возможности, люди обращаются в коммерческие медицинские организации.

Особое место среди предпосылок появления и развития коммерческого сектора в здравоохранении Российской Федерации занимает финансирование отрасли. В настоящее время основным источником финансирования учреждений здравоохранения служат средства бюджетов различных уровней и средства обязательного медицинского страхования. К особенностям частного сектора относится то, что он финансируется не государством, а физическими и юридическими лицами, а также гибкость принятия управленческих решений и ориентация на экономические параметры функционирования. Указанное позволяет частному сектору лучше удовлетворять индивидуальные запросы населения на более высоком технологическом уровне, обеспечивая высокое качество обслуживания. Именно поэтому частные медицинские организации составляют конкуренцию государственному сектору.

Рассмотренные особенности организации систем финансирования здравоохранения позволяют сделать вывод о возможности реализации интегрированной схемы, включающей в себя различные элементы этих систем. Внедрение интегрированного страхового финансирования медицинских учреждений в практику отечественного здравоохранения позволит привлечь в отрасль средства предприятий и граждан через добровольное медицинское страхование, а для частных медицинских организаций будет являться стимулом к участию в государственной системе охраны здоровья [8].

Для внедрения интегрированного страхового финансирования потребуется проведение ряда преобразований. Необходимы изменения на уровне законодательства с целью определения места добровольного медицинского страхования в системе финансирования национального здравоохранения, а также с целью четкого разграничения сфер покрытия [9]. В настоящее время индивидуум, решивший получать медицинскую помощь в рамках добровольного медицинского страхования, платит дважды за одну и ту же услугу - сначала по обязательному медицинскому страхованию (платит либо государство, либо работодатель), потом по добровольному (платит либо работодатель, либо сам застрахованный) [10].

Необходимо четкое определение базовой программы обязательного медицинского страхования, создание понятного перечня медицинских услуг, оказываемых гражданам бесплатно, чтобы исключить такое дублирование. Законом определено право граждан на выбор лечебного учреждения, врача и страховой медицинской организации. Чтобы это право не оставалось номинальным, у пациентов должен быть реальный выбор, в какое учреждение обратиться, поэтому государство должно быть заинтересовано в привлечении частной медицины через систему добровольного медицинского страхования к участию в интегрированной схеме финансирования процесса оказания медицинских услуг населению. Современная социальная политика государства должна быть основана не только на реализации программ и концепций, но и на привлечении бизнес-среды и населения к решению социальных проблем [11].

Развитие рыночных отношений требует фундаментального переосмысления принципов функционирования учреждений здравоохранения и проведения преобразований организационно-экономического характера, которые подразумевают слияние медицинской и экономической деятельности, с целью улучшения по таким показателям результативности, как затраты, качество, уровень обслуживания и оперативность.

Таким образом, особенности бюджетной, страховой и рыночной моделей здравоохранения имеют свои преимущества и недостатки. Из бюджетных средств финансируются, главным образом, стратегические и программные направления в здравоохранении. Оказание медицинской помощи населению осуществляется на основе программы государственных гарантий, основным источником финансирования которой являются средства системы обязательного медицинского страхования. Потребности населения, которые оказываются неудовлетворенными в государственной системе здравоохранения, формируют спрос на услуги частного сектора. Организационно-экономическая интеграция государственных и частных источников позволит сформировать оптимальную модель финансирования здравоохранения.

Библиографический список:

1. Скляр, Т.М. Экономика и управление здравоохранением [Текст] / Т.М. Скляр. - СПб. : Изд. дом С.-Петербур. гос. у-та, 2004.

2. Белл, Д. Грядущее постиндустриальное общество: Опыт социального прогнозирования [Текст] / Д. Белл. - М. : Academia, 1999.
3. Бабич, А.М. Экономика социального страхования [Текст] / А.М. Бабич, Е.Н. Егоров, Е.Н. Жильцов. - М. : ТЭИС, 1998.
4. Ковалева, Т.М. Финансово-кредитные отношения в условиях глобализации [Текст] : монография / Т.М. Ковалева; под ред. Т.М. Ковалевой. - Самара : Изд-во Самар. гос. экон. ун-та, 2011.
5. Бриттан, Дж. Капитализм с человеческим лицом [Текст] / Дж. Бриттан. - СПб. : Экон. школа, 1998.
6. Экономика здравоохранения [Текст] / под науч. ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. - М. : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008.
7. Стиглиц, Дж. Экономика общественного сектора [Текст] / Дж. Стиглиц ; пер. с англ. - М. : Изд-во МГУ: ИНФРА-М, 1997.
8. Фоменко, В.В. Актуальные проблемы финансирования национального здравоохранения [Текст] / В.В. Фоменко // Фундаментальные исследования. - 2013. - № 10 (ч. 4). – С. 841-845.
9. Страховой рынок Российской Федерации в условиях вступления в ВТО: состояние и перспективы развития: материалы Междунар. науч.-практ. конф. [Текст] / гл. ред. Минеев В.И., отв. ред. Домнина О.Л., Злобин Е.В.; ВГАВТ, РОСГОССТРАХ. - Н. Новгород, 2012.
10. Медицинское страхование: курс на объединение ДМС и ОМС [Электронный ресурс] : обзор // Бюллетень «Эксперт РА». - М., 2012. - Режим доступа: <http://marketing.rbc.ru/research/562949983480250.shtml>.
11. Механизмы оценки влияния социальной ответственности бизнеса на устойчивое развитие регионов России [Текст] / под ред. Е.Л. Андреевой. - Екатеринбург : Ин-т экономики УрО РАН, 2010.

ГЕНЕРАЦИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ФИНАНСОВЫХ КОМПОНЕНТОВ РАЗВИТИЯ СБЕРБАНКА РОССИИ

УДК 336.71

Хачин А.Н.

Аннотация. Международная группа Сбербанка функционирует в 22 странах мира и по праву выступает в качестве значимого участника мировой финансовой индустрии. За краткосрочный период осуществлена модернизация всего спектра банковского бизнеса. С опорой на концепцию догоняющего развития внедрены значимые новации во всех секторах деятельности международной группы Сбербанка.

Abstract. An international team of Sberbank operates in 22 countries and on the right to act as a significant participant of the global financial industry. Over the short term, modernized the entire spectrum of banking business. Building on the concept of catch-up development introduced significant innovations in all sectors of activity of the international group of Sberbank.